

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963

THESE **1 123** N° 123

POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Lucien GOMULINSKI
Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 20 Mai 1936, à PARIS

Présentée et soutenue publiquement le 17 Octobre 1963

A PROPOS D'UN ONCOCYTOME
DES FOSSES NASALES

Président : Monsieur AUBRY (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8 Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI

1964

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1963

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Lucien GOMULINSKI

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 20 mai 1936 à P A R I S

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le 17 octobre 1963

-:-

A PROPOS

D'UN ONCOCYTOME DES

FOSSES NASALES

-:-

Président : Monsieur AUBRY (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne

PARIS

1964



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H),
BINET (L), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E),
DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GASTINEL (P),
HALPHEN (E), HAZARD (R), HEYER (G), LANTUEJOUL (P),
LAROCHE (G), LAVIER (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C),
MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONOD (R), MOUQUIN (M),
MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR
VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDE-
LIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J),
STROHL (A), TANON (L), VERNE (J)

DOYEN M. CORDIER (G)

1er ASSESSEUR M. BARGETON (D)

2e ASSESSEUR M. CASTAIGNE (P)

I - PROFESSEURS

1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F.) SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Educa- tion physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (bactér. et virol.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548803_0064

Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
(Boucicaut)	LENEGRE (J)
(Broussais)	SOULIE (P)
(Cochin)	JUSTIN-BESANÇON (I)
Cliniques médicales (Cochin)	BROUET (G)
(Hôtel-Dieu)	BARIETY (M)
(Lariboisière)	SEZE (S.de)
(Pitié)	DREYFUS (G)
(Saint-Antoine)	KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obs- (Baudelocque)	LACOMME (M)
tétricales (Foch (Suresnes))	MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)

MM.

Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent de Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicale	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H)
	(LHERMITTE (F)
	(PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCE-AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C)
	(COUINAUD (C)
	(GILLOT (C)
	(OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS
	(pr.s.ch.
	(ABELANET (R)
	(BUSSER (F)

	MM.
Anatomie pathologique	{ CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch)m.conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	{ KERN (E.) VOURC'H (G) BARBIER (P)
Bactériologie	{ CHRISTOL (D) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	{ BAULIEU (Et)m.conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) DREYFUS (J.Cl.) GONNARD (P) KRUEH (J) JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Educa- tion Physique et aux Sports }	PLAS -(F)
Carcinologie	{ BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	{ CIVATTE (J) DUPERRAT (B)
Electro-Radiologie	{ LEDOUX-LEBARD (G) BESSIS (M)
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	{ COUJARD (R)pr.s.ch. MAROIS (M)
Hydrologie	{ RACADOT (J) BESANÇON (F) CORNET (A)
Hygiène	{ BOYER (J)pr.s.ch. BLANCHER (G)
Maladies infectieuses	{ CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H) BASTIN (R) DUPONT (V)

Médecine légale	FOURNIER (E)
	GUENIOT (M)
Médecine du travail	HADENGUE (A)
Neuro-Chirurgie	ALBAHARY (C)
	PERTUISET (B)
	GRANJON (A)
	HERVET (E)
	Le LORIER (G)
	LEVY (J)
Obstétrique	MORIN (P)
	MUSSET (R)
	ROBEY (M)
	SENEZE (J)
	SUREAU (C)
	THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	BREGEAT (P)
	DUBOIS (A)
	SARAUX (H)
Orthopédie	JUDET (R)
	MEARY (R)
	POSTEL (M)
	RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
	PIALOUX (P)
Parasitologie	GOLVAN (Y)
	LAPIERRE (J)
	BARCAT (J)
	BINET (J.P)
	CAUCHOIX (J)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.L)
	DUBOST (Ch.)
	DUBOST (Cl.)
Pathologie chirurgicale	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	GARBAY (M)
	GARNIER (H)
	GAUDART-d'ALLAINES
	(Cl.de)
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LEVEQUE (B)
	LOYGUE (J)
	MERCADIER (M)

	MM.
Pathologie chirurgicale..	(NATALI (J)
	(PELLERIN (D)
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
Pathologie exotique	(THOMERET (G)
	(SCHNEIDER (J)
	(BENHAMOU (J.P.)
	(BERTHAUX (P)
	(BOIVIN (P)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale..	(FARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)
	(MIKOL (Cl)
	(RICHEL (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CATINAT (J)
	(CHRETIEN (J)
	(COBLENTZ (B)
	(CONTAMIN (F)
Pathologie médicale	(COURY (C)
	(ETIENNE (J.P)
	(FREZAL (J)
	(FRITEL (D)
	(HENNEQUET (A)
	(HIMBERT (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHE (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(MOREAU (L)
	(NICK (J)
	(ROYER (P)
	(TOURNEUR (R)
	(WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	(LAFOURCADE (J)
	(LEPERCQ (G)
	(MANDE (R)

	MM.	
	(	MOZZICONACCI (P)
	(	POLONOVSKI (C)
Pédiatrie-Puériculture	(	ROSSIER (A)
	(	VIALATTE (J)
Pharmacologie	(	BOISSIER (J)
	(	LECHAT (P)
	(	BARRES (G)
	(	DEJOURS (P)
Physiologie	(	DURAND (J)
	(	GIRARD m.conf.
	(	HUGELIN (A)
	(	SCHERRER (J)
	(	CHANTEUR (J)
	(	GOUGEROT (L)m.conf.
	(	pr.s.ch.
Physique médicale	(	GREMY (F) m.conf.
	(	MILHAUD (G)
	(	PELLERIN (P)
	(	ROUCAYROL (J.CL)
	(	TUBIANA (M) m.conf.
	(	KREIS (B)
Pneumo-ptisiologie	(	MEYER (A)
	(	RENAULT (P)
Psychiatrie	(	PICHOT (P)
	(	DENIKER (P)
Psychiatrie infantile	(	DUCHE (D)
	(	FLAVIGNY (H)
	(	LAPRESLE (J)
Rhumatologie	(	DELBARRE (F)
	(	CERNEA (P)
Stomatologie	(	CHAPUT(Mme A)m.c.agr.
	(	GRELLET (M)
	(	CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(	LAMOTTE (M)
	(	MARCHE (J)
	(	AUVERT (J)
Urologie	(	MOULONGUET (A)
	(	QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.	
Anatomie		DEBEYRE (J)

	MM.
Clinique chirurgicale	(ABOULKER (P) (AMELINE (A)pr.s.ch. (VERNE (J.M)
Clinique médicale	(PERRAULT (M) (RAMBERT (P) (THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	(GRASSET (J) (MAYER (M)
Clinique ophtalmologique	(DESVIGNES (P) (OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngolo- gique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROP(P)pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J)pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	M le Docteur HAHN (A)
Conservateur du Musée d'His- toire de la Médecine	
Conservateur	
	Mlle D'UMAITRE (P)
	(Mmes CONTET (J), FORGET (F)
Bibliothécaires	(Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G)
	(QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A mon Père et à ma Mère

Je leur dois tout

Etre digne d'eux sera
toujours mon idéal

A ma Femme

Mon infinie tendresse

A ma Soeur

Ma plus grande affection

A toute ma Famille

A ma Belle Famille

A tous mes Amis

A Monsieur le Professeur M. AUBRY
Professeur de Clinique oto-rhino-
laryngologique à la Faculté de
Médecine de Paris
Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très
grand honneur d'accepter
la présidence de cette
thèse

Hommages respectueux

A Monsieur le Docteur P. ANDRE

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux
de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il nous a fait le grand honneur
de nous confier le sujet de
cette thèse

L'année d'externat passée dans
son service nous a paru bien
courte

Qu'il nous permette de lui
exprimer ici notre reconnais-
sance et notre respectueuse
admiration

A Monsieur le Docteur LEMOYNE

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de
Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Il a guidé nos premiers pas
en Oto-rhino-laryngologie
Son enseignement nous fut
précieux et sa bienveillance
sans bornes

En témoignage de nos
sentiments respectueux
et reconnaissants

A Monsieur le Docteur CLERC

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de
Paris

Il nous a accueilli dans
son service pendant un
trop bref séjour

Hommage respectueux

A Monsieur le Docteur LACCOUREYE

Qu'il soit assuré de notre
reconnaissance pour l'aide
qu'il nous a portée pour
la réalisation de ce travail
et pour son enseignement

A Monsieur le Professeur agrégé P. RENAULT

Ses conseils nous furent
d'un grand secours

Remerciements

A nos Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

Monsieur le Docteur LONGUET

Monsieur le Professeur FUNCK-BRENTANO

In memoriam

Monsieur le Professeur ROBEY

Monsieur le Docteur BLOCH-MICHEL

En hommage de respectueuse
gratitude pour leur
enseignement au cours de
notre Externat

A Messieurs les Docteurs HARDY
 BOURREAU
 TRAINEAU
 BORST
 BACULARD

A mes Conférenciers
 Messieurs les Docteurs SIMONY
 SOBELMAN

Toute notre reconnaissance

A tous nos Camarades d'études

A PROPOS
D'UN ONCOCYTOME DES
FOSSES NASALES

-:-:-:-

UN CAS CLINIQUE

-:-

C'est une bien curieuse observation qui nous fit poser le diagnostic d'adénome à cellules granuleuses oxyphiles des fosses nasales. Nous commencerons par exposer ce cas.

Madame H... Zélia, âgée de 55 ans, sans profession, entre dans le service du Docteur ANDRE, le 2 avril 1962, envoyée par le Docteur CAINE, de Grenoble pour l'histoire clinique suivante :

- depuis plus de un an, la malade présentait une rhinorrhée prédominant au niveau de la narine droite, parfois striée de sang.
- en octobre 1961, elle présente une épistaxis prolongée, durant toute une matinée.
- en novembre 1961, donc le mois suivant, elle se décide à consulter, et l'examen découvre un "polype" de la fosse nasale droite, mais la malade refuse énergiquement tout soin.
- Ce n'est donc qu'en février 1962 qu'elle revient consulter pour cette rhinorrhée tenace, prédominant toujours à droite, faite d'un liquide clair.
- Une biopsie est alors pratiquée, l'étude

histologique qui en est faite conclut au diagnostic d'adéno-carcinome.

C'est donc pour une tumeur maligne de pronostic grave que cette malade entre dans le service, en vue d'intervention.

L'INTERROGATOIRE ne note aucun antécédent oto-rhino-laryngologique :

- pas de sinusite,
- pas de coriza à répétition,
- aucune manifestation allergique,

ni aucun antécédent d'ordre général ; nous notons simplement que cette malade est ménopausée depuis environ huit ans.

A l'EXAMEN :

I/ Examen de la face :

- l'inspection ne note
 - aucune déformation faciale,
 - pas de troubles oculaires : ni diplopie, ni exophtalmie.
- la palpation du squelette facial ne note aucune modification de la structure osseuse, pas de lésions du rebord orbitaire.
- de plus, la sensibilité, tant cutanée que muqueuse, au niveau de la lèvre supérieure, est normale : il n'y a pas d'atteinte du nerf sous-orbitaire.

II/ Examen de la cavité buccale :

- Absence de trismus
- Il n'y a aucune déformation notable, tant au niveau de la voûte palatine qu'au niveau du sillon gingivo-jugal.

III/ A la rhinoscopie antérieure, on note :

- une masse rougeâtre, occupant la partie haute de la fosse nasale, en regard et au-dessus du cornet moyen, s'appuyant sur la cloison à laquelle elle semble adhérer. Elle ne saigne pas au contact, elle ne se rétracte pas sous adrénaline.

- la cloison inter-sinuso-maxillaire n'est pas repoussée en dedans.

- le stylet pénètre dans le méat inférieur qui apparaît libre, mais ne peut pénétrer dans le méat moyen ni au-dessus de lui, gêné par la masse tumorale.

- L'examen évoque donc une lésion ethmoïdale semblant envahir la cloison.

IV/ La rhinoscopie postérieure :

montre un cavum libre et ne permet pas de percevoir le pôle postérieur de la lésion.

V/ Le reste de l'examen O.R.L. est négatif ; les tympanes sont normaux, il n'existe aucune adénopathie cervicale.

VI/ Enfin, l'examen général ne nous apprend rien de particulier, aucun trouble d'ordre cardio-vasculaire ni pulmonaire, la tension artérielle est à 13-7.

VII/ Des examens complémentaires sont demandés :

- d'une part pour préciser l'état général de notre malade : électrocardiogramme, groupe, taux de prothrombine, B.W., protides, urée, ... Ils sont normaux.

- d'autre part pour préciser l'extension de la tumeur :

- outre le fond d'oeil, qui ne montre que quelques altérations banales pour l'âge de la malade,

- des tomographiques frontales de la face, qui s'avèrent d'emblée assez curieuses en effet :

sur les coupes à 1 et 2 cm, on ne note qu'un discret voile du sinus maxillaire droit.

à 3 cm, il semble exister une déhiscence de la jonction inter-ethmoïdo-maxillaire.

à 5 cm, aspect très curieux où il semble exister une soufflure en dehors comblant le sinus maxillaire.

à 6 cm, un flou difficile à interpréter.

Sur toutes ces radios, les sinus ethmoïdaux et frontaux sont clairs.

EN CONCLUSION :

- En dehors de la tumeur constatée au niveau de la fosse nasale droite, le reste de l'examen clinique est totalement négatif.

- L'examen radiologique n'est pas formel non plus : l'ethmoïde est libre, le sinus maxillaire droit est un peu voilé, mais il n'y a pas de véritable image de destruction osseuse.

- Par contre un seul élément positif : la biopsie, posant le diagnostic "d'adéno-carcinome probablement ethmoïdal, bien que non mucipare, ou à peine".



Coupe à 3 cm



Coupe à 5 cm

Et c'est en fait sur cette seule notion que l'intervention a été pratiquée le 9 avril 1962 par voie para-latéro-nasale, sans section médiane de la lèvre supérieure, en vue d'ethmoïdectomie.

Voici le compte rendu opératoire :

- ouverture du sinus maxillaire qui est libre,
- section des os propres,
- dès lors la suite de l'intervention montre qu'en fait, la lésion siège sur la cloison et tourne à la face profonde de l'os propre du côté droit.

Aussi se contente-t-on d'une résection de l'os propre et de la cloison en gardant une attelle antérieure et antéro-supérieure, ainsi que le bord postérieur de la cloison. La partie haute de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde n'est nullement envahie.

- Mèche et suture en un plan à la soie.

Les suites opératoires sont simples, la radiothérapie post-opératoire est prévue.

Cependant, à notre grande surprise, le compte rendu histologique de la pièce opératoire (Professeur Agrégé P. RENAULT) revient avec le diagnostic non pas d'adéno-carcinome, mais d'ADENOME ONCOCYTAIRE OU ENCORE D'ADENOME A CELLULES GRANULEUSES OXYPHILES.

Voici le compte rendu histologique :

"La tumeur de la cloison forme une sorte de
"disque végétant, large de trois centimètres,
"poussant en surface des formations papillai-
"res épaisses. Sa structure générale est réso-
"lument glandulaire, à la fois tubulaire et

"papillaire ; les cellules constitutives sont
"alignées le long de cloisons conjonctives
"minces ; ce sont des cellules cubiques, à
"petit noyau rond, régulier, variant légèrement
"dans leur taille, mais sur un mode
"mineur. Les cytoplasmes sont éosinophiles
"tantôt de façon banale, tantôt fortement,
"rappelant alors le type oncocytaire. On
"se trouve amené à conclure à la nature adé-
"nomateuse de cette tumeur en même temps qu'à
"son origine aux dépens des glandes de la
"cloison. La transformation métaplasique on-
"cocytaire paraît dans l'ensemble si impor-
"tante qu'elle peut servir à qualifier cet
"adénome.

"CONCLUSION : Adénome oncocytaire ou adénome
à cellules oxyphiles, issu des glandes mu-
queuses de la cloison du nez."

Devant ce résultat histologique, on sur-
seoit bien entendu à la radiothérapie post-
opératoire, et la malade rentre chez elle
le 19 avril 1962.

Nous avons revu cette malade huit mois
plus tard avec un état local et général par-
faits.

INTRODUCTION

-:-

Ainsi, nous venions de faire le diagnostic d'adénome à cellules granuleuses oxyphiles, encore appelé oncocytome. Une recherche bibliographique nous montra qu'aucun autre cas identique n'avait, à notre connaissance, été décrit au niveau de la muqueuse des fosses nasales.

C'est cela qui nous a incité à faire dans ce travail un certain nombre de considérations sur le problème des oncocytes. Problème encore obscur, dont la résolution pourrait jeter une lumière nouvelle dans le domaine de la sénescence et peut-être ... dans celui de la cancérologie.

En effet, l'oncocyte est une cellule bien particulière, différenciée à partir des cellules épithéliales sécrétrices des éléments glandulaires. Elle a conservé la propriété de croître et de se multiplier alors qu'elle semble avoir perdu toute fonction physiologique. Ce seul fait suffit à la rendre suspecte.

Après un rappel historique, nous étudions :

- au chapitre I, l'histologie de la muqueuse des fosses nasales et les modifications qu'elle subit chez les sujets âgés.

- au chapitre II, l'oncocyte, sa morphologie, son histogénèse.

- enfin au chapitre III, l'adénome à cellules oxyphiles ou oncocytoïde.

HISTORIQUE

--

C'est HAMPERL qui, en 1931, décrivant certaines cellules des glandes salivaires normales et des adéno-lymphomes, créa, pour ces cellules, le nom d'oncocyte.

"C'est pour mettre, dit-il, au premier plan la caractéristique essentielle de cette cellule d'augmenter de volume, que nous l'avons appelée d'après le terme grec

- Bien avant lui, SCHAFFER avait, dès 1897, décrit de telles cellules, avec toutes leurs caractéristiques, dans les acini des glandes salivaires, de la langue, du pharynx et de l'oesophage ; il les appela "cellules granuleuses enflées".

- En 1927, ZIMMERMANN, apparemment trompé par l'aspect pseudo-picnotique du noyau, parle de "picnocytes", sous-entendant dès lors un caractère dégénératif à ces cellules.

- Mais, dès son premier mémoire, en 1931, HAMPERL repousse cette théorie, affirmant que : "ce sont les granulations cytoplasmiques qui, en s'imprimant sur le noyau, lui donnent un aspect pseudo-picnotique, mais en fait, cette cellule ne possède aucun caractère dégénératif", et il propose son terme d'oncocyte.

- En 1932, JAFFE pour la première fois, crée le terme d'oncocytome ; en fait, il décrivait sous ce nom un cystadénome papillaire de la parotide, créant ainsi une confusion entre la tumeur de Whartin et les oncocytomes vrais.

- En 1936, GRUNFELD et JOSTAD publient un cas d'adénome de la parotide, sous le nom de tumeur oncocyttaire.

- En 1943, ACKERMAN et en 1949, CHRISTOPHERSON rapportent chacun un cas sous la dénomination d'oncocytome.

- En 1949, STUMP parle de "adénome oncocyttaire des glandes salivaires".

- Toujours en 1949, MEZA-CHAVEZ, dans un mémoire très complet, rapportant cinq cas de tumeurs parotidiennes, propose de les appeler "adénome à cellules granuleuses oxyphiles".

- A la suite de MEZA-CHAVEZ, BAUER H. et BAUER A. étudiant 143 cas de tumeurs des glandes salivaires, rapportent 5 cas d'oncocytomes, dont un malin avec métastases ; ils soulignent la distinction qu'il convient de faire entre la tumeur à cellules granuleuses oxyphiles et le cystadéno-lymphome papillaire.

- En 1953, FOOTE et FRAZEL parlent d'adénome à cellules oxyphiles.

- En 1954, BERKHEISER et GLOUGH parlent plus simplement encore d'adénome oxyphile.

- Enfin, en 1955, FEROLDI et CABANNE, de Lyon, rapportent un cas et font la première étude française complète de la question.

Ainsi, l'on peut constater que l'évolution de la terminologie et les principales études des adénomes oxyphiles, sont liées à l'étude de cette tumeur dans la parotide. Cependant, on s'aperçut très rapidement de la répartition quasi générale des oncocytes au niveau des acini et des canaux excréteurs de presque toutes les glandes de l'organisme et des viscères.

En effet :

- dès 1937, dans son deuxième mémoire, HAMPERL décrit des oncocytes non seulement dans les glandes salivaires, mais encore dans :

- le pancréas,
- le corps thyroïde,
- les parathyroïdes,
- l'hypophyse,
- les trompes de Fallope,
- le foie,
- le rein,
- le testicule.

- En 1950, il propose même d'appeler oncocytes les cellules de Welsh de la parathyroïde et les cellules de Hurthle du corps thyroïde, condamnant le terme de tumeur à cellules de Hurthle au profit de celui d'oncocytome. Si, d'une façon générale, les auteurs de langue anglaise s'insurgent contre cette opinion, il n'en demeure pas moins que l'analogie morphologique de certaines cellules est frappante.

Progressivement, des oncocytomes sont décrits dans d'autres organes :

- En 1941, ZIPPEL décrit un oncocytome de l'hypophyse,

- En 1943, PALMER décrit un oncocytome de la trachée,

- la même année, STOUT décrit des cellules granuleuses oxyphiles dans les adénomes bronchiques.

- En 1949, STUMP décrit des oncocytes dans les canaux excréteurs des glandes muqueuses des cordes vocales et dans la capsule amygdalienne.

- En 1951, RIOPELLE, dans un cas d'hypernéphrome, décrit des cellules possédant des granulations abondantes intensément acidophiles, rappelant les oncocytes.

- En 1952, GARRINO signale la présence d'oncocytes dans les parois du sac lacrymal.

- Il n'est pas jusqu'au tissu conjonctif qui n'ait été donné comme point de départ de la tumeur oncocyttaire et La MANNA en particulier décrit sous ce nom une tumeur para-mammaire dont les cellules rappellent par certains caractères les oncocytes de Hamperl.

- En 1961, ACKERMAN décrit un cas d'adénome oxyphile développé sur un reliquat de tissu adénoïdien chez un adulte.

Enfin, au niveau de la muqueuse des fosses nasales, BRUNER & WALL sont, en 1940, les premiers à décrire, à propos d'une tumeur maligne des fosses nasales, des oncocytes. Soulignons que dans leur cas, ces cellules n'étaient présentes qu'à titre fortuit et ne participaient pas au processus malin.

- En 1944, HOLLENDER, étudiant les modifications de la muqueuse nasale chez les sujets âgés, signale la présence d'oncocytes.

- Enfin, SCHOOLMAN, en 1950, fait un travail complet sur la présence des oncocytes dans la muqueuse nasale.

CHAPITRE I

-:-

RAPPEL HISTOLOGIQUE DE LA MUQUEUSE NASALE SES MODIFICATIONS AVEC L'AGE

-:-

La muqueuse nasale présente trois portions :

- une portion vestibulaire,
- une portion respiratoire,
- une portion olfactive.

I/ La région vestibulaire :

Sur une portion de 5 à 6 mm, le vestibule présente, dans sa partie inférieure, une zone franchement cutanée : poils, glandes cutanées.

Au-dessus, sur 15 mm environ, s'étend une zone de transition où la peau, par différenciation progressive se continue avec la muqueuse : les glandes cutanées et les poils disparaissent, la couche cornée s'amincit puis s'efface, les papilles perdent leur caractère conique; en même temps des éléments de la muqueuse apparaissent.

II/ La muqueuse respiratoire, ou membrane de Schneider :

Cette muqueuse tapisse les 9/10 des fosses nasales, depuis le vestibule en bas jusqu'à la tache olfactive en haut. Sur la paroi latérale, elle suit fidèlement l'enroulement

des cornets et se continue avec la muqueuse des sinus. Son épaisseur est de 2 mm, mais elle présente de grandes variations, liées à la possibilité de sa turgescence par endroits. Les caractères histologiques de la membrane de Schneider reflètent les principales fonctions de la muqueuse respiratoire supérieure : réchauffement et humidification de l'air, protection contre les poussières.

L'épithélium est un epithelium cylindrique, stratifié et cilié. Son épaisseur est très variable ; elle oscille entre 80 et 150 μ .

La stratification de cet épithélium est plus importante en avant, vers le vestibule.

Quatre sortes d'éléments cellulaires, se répartissant en trois couches, peuvent être décrits :

- une couche de cellules basales, petites, triangulaires ou cubiques, possédant un noyau sphérique, mal pourvues en cytoplasme, formant une couche nettement individualisée, mais inconstante.

- une couche moyenne, de cellules fusiformes superposées ; leur noyau est ovoïde et leur cytoplasme granuleux.

- une couche superficielle, possédant 2 sortes de cellules :

- les cellules cylindriques, s'étendant en profondeur sur toute l'épaisseur de l'épithélium, avec un prolongement basal effilé, qui s'insinue entre les éléments de la couche précédente ; leur noyau est ovoïde, avec un nucléole foncé, leur cytoplasme possède des granulations et par endroits pré-

sente un aspect vésiculeux, témoin d'une différenciation muqueuse. C'est à ces cellules qu'appartient la bordure ciliée de cet épithélium.

- les cellules muqueuses, caliciformes, de grande taille, sont disséminées entre les cellules précédentes et selon les endroits, la muqueuse nasale pourra présenter soit un aspect presque uniquement cilié soit un aspect exclusivement muqueux. Le mucus qui gorge les cellules caliciformes refoule le noyau à la base de celles-ci et les déforme en croissant.

LA MEMBRANE BASALE sépare l'épithélium du chorion sous-jacent.

LE CHORION comprend un tissu conjonctif, des glandes et des vaisseaux :

- Le tissu conjonctif : est un tissu lâche, dont les fibres s'entrecroisent avec de nombreuses fibres élastiques. Les éléments fibroblastiques dominent et l'on peut, à côté d'eux, constater la présence de leucocytes et d'histiocytes. Les lymphocytes sont parfois si nombreux qu'ils peuvent former une véritable couche adénoïde. En profondeur, les éléments conjonctivo-élastiques sont plus nombreux et plus volumineux. Dans toute l'épaisseur de la tunica propria se trouvent :

- des glandes : elles appartiennent au groupe des glandes tubulo-alvéolaires, encore appelées acineuses simples (glandes en épi) ou ramifiées (glandes en grappe) ; ces dernières, les plus nombreuses, sont constituées par plusieurs lobules appendus à un canal excréteur. Celui-ci, après un tra-

jet sous-épithélial variable, s'ouvre à la surface de l'épithélium, y déversant les produits de sécrétion qu'il a collectés. A la coupe, ces glandes se présentent comme des îlots acineux répartis dans le chorion et habituellement groupés autour de la lumière d'un canal excréteur. Cette couche acineuse, d'épaisseur variable, occupe généralement la région sous-épithéliale de la tunique propre. Dans certaines régions, son épaisseur est telle qu'elle arrive au voisinage du périoste. Les cellules glandulaires sont d'aspect variable ; on distingue en effet :

- des cellules séreuses triangulaires, présentant un noyau central arrondi. Au pôle apical, sécrétant, le cytoplasme est bourré de granulations.

- des cellules muqueuses, beaucoup plus claires, dont le cytoplasme en période sécrétoire renferme de nombreux globules de mucine ; le noyau, refoulé à la base de la cellule, est fréquemment aplati et falciforme.

Ces deux types cellulaires voisinent le plus souvent et peuvent, par leur disposition, rappeler les croissants de Gianuzzi que l'on rencontre dans les glandes salivaires.

La prédominance si variable de l'aspect séreux ou de l'aspect muqueux empêche toute systématisation. Pour SCHMMEKE et PAULSEN, il s'agirait réellement de glandes mixtes, séreuses et muqueuses ; pour STOHR, SCHIEFERDECKER et BAUMEL, la dualité cellulaire reflèterait 2 stades différents de la sécrétion.

Les canaux excréteurs, moins nombreux, se reconnaissent facilement : leur lumière, beaucoup plus large, est arrondie ou ovalaire ; ils sont circonscrits par une assise de cellules cubiques à noyau central. En surface, ils débouchent au fond des invaginations infundibulaires de l'épithélium. En ce point il existe une zone de transition, les cellules du canal excréteur deviennent cylindriques et se garnissent de cils vibratiles qui prolongent la bordure ciliée épithéliale.

Signalons d'emblée que c'est à partir de ces cellules glandulaires de l'épithélium que se différencient les oncocytes.

- Nous ne nous étendrons pas sur les vaisseaux qui parcourent le chorion. Notons seulement qu'en certains endroits, on trouve des artérioles rappelant les artères hélicines des organes érectiles et des veines rappelant le système lacunaire des corps caverneux érectiles.

III/ La muqueuse olfactive occupe la région toute supérieure des fosses nasales. Sa surface est d'environ 250 mm². Elle comprend la partie moyenne de la voûte, la partie moyenne du cornet supérieur et la partie correspondante de la cloison. Elle se distingue nettement par son aspect lisse et sa teinte brun-jaunâtre, d'où son nom de tache jaune. Son épaisseur est d'environ 1,5 mm.

L'EPITHELIUM tapisse uniformément la muqueuse olfactive ; il est interrompu par endroits par l'abouchement des canaux glandulaires du chorion, mais la limite inférieure entre épithélium et chorion est régulière. A la coupe, cet épithélium apparaît comme cylindrique et stratifié. On lui reconnaît

trois ordres de cellules :

- les cellules basales : forment une assise cellulaire qui repose sur le chorion. Ces cellules sont irrégulièrement étoilées, à prolongements anastomotiques. Les noyaux sont arrondis ou ovalaires. Ces cellules ne sont pas séparées du chorion par une membrane basale aussi nette que dans l'épithélium respiratoire.

- les cellules de soutien sont de hautes cellules cylindriques qui servent de support aux éléments sensoriels. Elles s'étendent de l'assise basale jusqu'à la surface de l'épithélium et sont plus larges que les éléments sensoriels. Les noyaux sont situés à des niveaux différents, s'intercalant avec ceux des cellules sensorielles ; le cytoplasme, granuleux, présente un appareil de Golgi, témoin du potentiel sécrétoire indiscutable de ces cellules.

- les cellules sensorielles, situées entre les cellules cylindriques de soutien, présentent l'aspect de cellules nerveuses bipolaires. Le prolongement périphérique se termine en surface par un renflement sur lequel s'implantent six à huit cils immobiles, bien différents des cils respiratoires. Le prolongement central s'unit dans le chorion à ses homologues et contribue à former le nerf olfactif.

LE CHORION de la muqueuse olfactive se différencie de celui de la muqueuse respiratoire par trois caractères : il est moins épais, le réseau vasculaire est beaucoup moins développé, il est parcouru par les fibres du nerf olfactif.

L'oncocyte étant une cellule particulière aux sujets âgés, nous allons maintenant étudier :

LES PARTICULARITES PRESENTEES PAR LA MUQUEUSE NASALE DES SUJETS AGES :

Pour cela, nous nous reporterons à SPOENDLIN et surtout à HOLLENDER.

Au niveau de l'épithélium, on constate souvent une métaplasie, l'épithélium devenant pavimenteux. Souvent, l'aire de la zone de transition entre la région vestibulaire et la muqueuse respiratoire proprement dite s'accroît et il n'est pas rare, chez les sujets âgés de la voir recouvrir la tête du cornet inférieur qui tend à s'épidermiser. Enfin la basale séparant l'épithélium de la couche sous-épithéliale est souvent très épaissie.

Au niveau de la couche sous-épithéliale, plusieurs faits sont à noter :

- d'une part la diminution importante des éléments lymphoïdes sous-épithéliaux et péri-glandulaires
- d'autre part un tissu conjonctif plus abondant qu'il n'est habituel de le constater chez les sujets plus jeunes.

Enfin, au niveau des glandes on peut noter :

- que l'activité glandulaire semble diminuée, on ne constate pas d'aspect de glandes muqueuses turgescentes telles que l'on peut en voir dans les muqueuses hyperplasiques

- surtout les canaux excréteurs des glandes sont entourés sur toute leur longueur d'un épais halo de substance hyaline

- habituellement les acini sont séparés par de fins filets de tissu conjonctif. Chez les sujets âgés on note fréquemment une couche basale hyaline péri-acineuse importante, formant un halo entourant la glande et exerçant une pression sur elle de telle sorte qu'elle devient atrophique.

- enfin des oncocytes sont notés avec une fréquence accrue au fur et à mesure que le sujet avance en âge.

Ainsi, au niveau de la muqueuse nasale comme dans beaucoup d'organes d'ailleurs, on doit constater l'augmentation parallèle de l'épaisseur des membranes basales et de la fréquence des oncocytes.

Nous venons de voir les caractères histologiques de la muqueuse nasale et ses modifications avec l'âge. Des tumeurs bénignes peuvent dériver de tous les éléments que nous venons de décrire, et l'on peut rencontrer : des papillomes, des tumeurs cartilagineuses et osseuses, des tumeurs vasculaires, etc...

Enfin des adénomes, développés à partir des éléments glandulaires de la pituitaire et l'oncocytome, développé non pas à partir de la cellule épithéliale glandulaire, mais à partir d'une cellule qui dérive elle-même de la cellule épithéliale glandulaire : l'oncocyte.

CHAPITRE II

-:-

L'ONCOCYTE

-:-

DEFINITION :

Les oncocytes sont des cellules ayant subi une différenciation particulière à partir des cellules épithéliales adultes des acini et des canaux excréteurs des glandes de l'organisme. Ces cellules sont une représentation authentique de la phase "vieillesse". En effet, on les rencontre très rarement chez les sujets de moins de 50 ans pour les retrouver avec une fréquence d'autant plus grande que le sujet avance en âge.

Nous étudierons successivement leur morphologie, leur histogénèse et quelques uns des problèmes qu'ils posent.

MORPHOLOGIE :

L'oncocyte se présente sous forme d'une cellule considérablement agrandie. Son protoplasme est finement réticulé et granuleux, ces granulations étant probablement des protéines mêlées à des lipides comme l'indique la coloration par le Soudan, où elles prennent une coloration jaune pâle. Par contre, avec le trichrome ou ponceau-fuchsine de P. Masson, elles sont remarquablement acido-philés. Après fixation au formol, coupe à

congélation et coloration par la thionine ou le crésyl violet, elles deviennent métachromatiques (FEYRTER et HAMPERL).

Le noyau est fréquemment arrondi ou ovalaire, parfois rétréci, crénelé, s'éloignant de sa position normale à la base de la cellule; il possède une chromatine abondante et un ou deux nucléoles.

On peut observer des cellules binucléées, des figures de division directe, mais jamais de mitose.

Enfin, conformément à l'opinion d'HAMPERL, cette cellule, spécifique de la vieillesse, bien différenciée, ne présente aucun signe dégénératif :

- pas de lyse ni d'homogénéisation protoplasmique.
- aspect très net du noyau, habituellement nucléolé.
- cette morphologie n'est certes pas celle d'une cellule dégénérative, comme l'avait pensé ZIMMERMANN.

HISTOGENESE :

C'est probablement là le point le plus intéressant de l'étude des oncocytes.

Il pose un double problème :

- quelle est l'origine de cette cellule ?
- quelles causes déterminent son apparition ?

La première question est résolue depuis longtemps, puisque HAMPERL avait nettement, dès sa première description, montré que l'oncocyte était une différenciation particulière de la cellule épithéliale et qu'il

représentait "le stade vieillesse", puisqu'on ne le rencontrait pratiquement jamais avant la cinquantaine (notre malade avait 55 ans).

Ultérieurement, plusieurs auteurs, dont MEZA-CHAVEZ dans la parotide, SCHOOLMAN dans les glandes de la muqueuse nasale, ont bien précisé le processus de cette transformation en décrivant tous les stades intermédiaires entre les cellules épithéliales normales et les oncocytes : cette transformation débute à la base de la cellule, là où se font les échanges métaboliques entre la cellule et le milieu extérieur. Le pôle basal se charge de granulations qui tendent à repousser le noyau vers l'apex ; on a décrit des cellules ayant une structure normale au pôle apical et une structure oncocyttaire au pôle basal.

Mais si l'origine même des cellules oncocyttaires est nettement précisée, leur nature demeure toujours aussi mystérieuse depuis la description de SCHAFFER : on ne retrouve aucune prédominance selon le sexe, le seul facteur étiologique reste donc l'âge. Cependant actuellement, la plupart des auteurs pensent que la transformation oncocyttaire est due non pas à un facteur intrinsèque à la cellule, mais plutôt à un facteur extrinsèque, nutritionnel. Et nous insisterons ici sur le rôle capital, qui s'avère chaque jour plus important, dévolu à la substance fondamentale du tissu conjonctif et aux membranes basales des cellules : en effet, tout ce qui entre ou sort d'une cellule passe obligatoirement par la substance fondamentale et par la membrane basale. Et l'on peut penser que c'est à ce niveau qu'il faut rechercher la lésion initiale, cause du vieillissement. C'est encore cette substance fondamentale qui, dans la

plupart des cas, peut être considérée comme le point de départ de toutes les réactions pathologiques de l'organisme.

Rappelons ici quelques données récentes, mises en lumière par le microscope électronique, sur les membranes basales des cellules et les espaces intercellulaires des épithéliums (POLICARD & COLLET).

1°- Les membranes basales :

Depuis bien longtemps, l'existence sous certains épithéliums d'une membrane très fine, lisse, assez réfringente, était reconnue. Puis, par l'emploi de certains colorants électifs (bleu de méthyl acide) on a pu la mettre en évidence dans à peu près tous les organes en rapport avec le conjonctif ; on l'appela membrane basale.

Des recherches modernes ont montré que cette basale était le plus souvent constituée de mucopolysaccharides. Or, chez l'embryon, les mucopolysaccharides ne paraissent pas exister : les épithéliums sont entourés seulement d'un fin réseau de fibrilles. Plus tard, chez le nouveau-né, les mucopolysaccharides apparaissent et l'on observe alors des membranes basales très fines et du reste peu nettes. Par contre, chez l'adulte, les basales sont bien marquées, et chez le vieillard plus encore. On rapporte en général ces faits à l'accroissement de la polymérisation des mucopolysaccharides au niveau des membranes basales.

Or le rôle physiologique de la membrane basale est de tout premier ordre : par un

processus de polymérisation ou de dépolymérisation, elle forme un tamis dont les mailles de taille variable laisseront passer des molécules plus ou moins volumineuses.

Cette première constatation permet déjà de penser qu'un rapport très étroit pourrait exister entre la formation des oncocytes et la polymérisation des mucopolysaccharides de plus en plus importante au niveau des membranes basales au fur et à mesure que le sujet avance en âge, entraînant des perturbations métaboliques dans la cellule.

D'autre part, la basale constitue un support pour les épithéliums, qui, s'ils sont en rapport avec une basale dure et rigide, s'arrêtent de croître ; on peut ainsi comprendre pourquoi il n'y a pas ou peu de basales chez les embryons, et qu'au contraire celles-ci sont particulièrement développées chez les organismes vieux.

Ainsi que nous l'avons déjà vu dans l'étude histologique de la muqueuse nasale des sujets âgés, la présence des oncocytes s'accompagne de membranes basales épaissies.

2°- Les espaces intercellulaires des épithéliums :

Le microscope électronique a montré que la membrane basale n'est pas adhérente au pôle basal de la cellule, comme on l'a longtemps cru. Il existe entre eux un espace clair, extrêmement mince, de l'ordre de 100 Å ; cet espace représente la partie de la substance fondamentale située au-dessus de la basale. D'autre part il existe entre les parois cellulaires qui se font face des espaces intercellulaires de dimension très

réduite de 0,01 à 1 micron, qui communiquent avec la substance fondamentale en bas ; par contre du côté apical de la cellule, ces espaces sont fermés par un système de bandes obturantes, connu depuis bien longtemps.

Ces notions récentes sur les interrelations étroites de la substance conjonctive fondamentale et de la basale avec la cellule épithéliale soulignent le rôle capital de la substance fondamentale, tant au point de vue physiologique que au point de vue pathologique : c'est là qu'interviennent les électrolytes et leurs gradients pour l'équilibre et la polarisation électrique des tissus. C'est là que se déroule cette recherche jamais obtenue d'un équilibre, recherche qui, on le sait, est la caractéristique essentielle de la vie. C'est là enfin qu'il faut probablement rechercher les causes du vieillissement, et par conséquent, l'étiologie de cette transformation étrange qui est l'oncogénèse.

CHAPITRE III

--:

L'ONCOCYTOME

--:

FREQUENCE :

L'adénome à cellules oxyphiles est une tumeur très rare, puisque, au niveau de la parotide, c'est-à-dire là où on le rencontre le plus souvent, STANLEY & LANE en 1962 relèvent en tout une trentaine de cas indiscutables dans toute la littérature mondiale.

Au niveau des autres organes, les localisations sont encore plus rares.

Au niveau de la muqueuse nasale, nous n'en avons relevé aucun cas.

Enfin nous avons noté un cas d'oncocytome développé à partir des végétations adénoïdes, cas sur lequel nous reviendrons.

ETUDE ANATOMIQUE :

- Macroscopiquement :

- Habituellement unique, la tumeur peut être constituée de plusieurs lobules séparés par du tissu fibreux, adipeux ou glandulaire.

- A la coupe, l'aspect est habituellement homogène, la constatation de petits kys-

tes restant exceptionnelle

- La couleur brun chamois ou rosâtre est toujours signalée

- La ressemblance avec les ganglions lymphatiques est notée par MEZA-CHAVEZ.

- Microscopiquement :

La tumeur est lobulée par des cloisons fibreuses ou fibro-adipeuses, plus ou moins épaisses, parfois par des petits îlots de glande saine. De ces cloisons partent de grêles septa-porteurs de capillaires divisant la masse tumorale en lobules, en cordons, en structures acineuses parfois typiques. Ces cloisons contiennent parfois quelques lymphocytes mais jamais de tissu adénoïde dont la constatation doit faire porter le diagnostic d'adéno-lymphome ou de cystadénome papillaire lymphomateux.

Les cellules sont volumineuses, granuleuses, oxyphiles : ce sont des oncocytes.

A côté de ces oncocytes typiques, on peut voir des cellules intermédiaires entre l'oncocyte et la cellule épithéliale normale.

Des figures de division directe peuvent être notées, mais jamais de mitose.

Enfin, des éléments dégénératifs, avec leur protoplasme acidophile, homogène et rétracté, avec leur noyau picnotique, émaillelent çà et là le fond granuleux acidophile des lobules tumoraux.

Nous allons maintenant envisager trois problèmes concernant l'oncocytome :

- L'oncocytome est-il une tumeur au sens propre ou bien une hyperplasie portant sur des cellules apparaissant normalement avec l'âge ?

- Quelle est la place de l'oncocytome parmi les tumeurs des glandes salivaires principales et accessoires ?

- Enfin, l'oncocytome est-il toujours une tumeur bénigne ?

I/ L'oncocytome est-il une tumeur au sens propre ?

Pour en juger, nous nous reporterons aux travaux qui ont été faits au niveau des glandes salivaires :

- La constatation, dans certaines glandes normales de petits amas de cellules oncocytaires, celle de proliférations intra-acineuses, comme l'ont constaté MEZA-CHAVEZ, ainsi que FEROLDI et CABANNE, l'existence de plusieurs adénomes isolés les uns des autres dans une même glande permettent de poser la question. MEZA-CHAVEZ la discute longuement et admet la nature tumorale ; de même, BERKHEISER et GLOUGH la retiennent en considérant que, dans les cas rapportés :

- la prolifération est encapsulée,
- elle est faite d'un seul type cellulaire, sans canaux excréteurs,
- enfin, on y observe des structures cordinales.

FEROLDI et CABANNE arrivent, de leur côté, aux mêmes conclusions.

II/ Quelle est la place de l'oncocytome parmi les tumeurs des glandes salivaires principales et accessoires ?

- Les rapports avec la tumeur mixte ne se discutent même pas, malgré Mac FARLAND qui, dans son premier mémoire, considère cette tumeur comme une tumeur mixte inhabituelle ; d'ailleurs lui-même ne retiendra pas cette proposition ultérieurement. De même, les tumeurs mixtes observées au niveau de la muqueuse des fosses nasales sont bien différentes.

- Les rapports de l'oncocytome avec les adéno-lymphomes (qu'il s'agisse de cystadénome papillaire lymphomateux de WHARTIN, de l'adénome lymphomateux ou du cystadénome papillaire) sont restés longtemps imprécis et bien souvent confondus depuis JAFFE qui décrivit comme oncocytome un cystadénome papillaire. La confusion est d'autant plus compréhensible que dans les deux cas on retrouve une cellule épithéliale en tous points semblable. Par contre, depuis H. & A. BAUER, la distinction est nettement établie ; plus récemment encore, BERKHEISER et GLOUGH insistent sur ce point :

- ainsi, si des lymphocytes peuvent parfois se voir dans le stroma de l'adénome oxyphile, ils ne s'observent jamais sous forme de follicules lymphoïdes comme dans l'adénolymphome. Plus encore, si des adéno-lymphomes se présentent parfois avec un contingent épithélial oncocyttaire, il ne s'agit pas là d'une règle absolue, et nombre de ces tumeurs se présentent avec des cellules identiques à celles des canaux excréteurs normaux.

- Dans la description de WHARTIN, l'épithélium était formé de cellules cylindriques ciliées, on peut donc admettre que l'aspect oncocytaire des cellules épithéliales des adénolymphomes n'est qu'un épiphénomène au même titre que la présence d'oncocytes dans une glande normale ou enflammée du sujet âgé.

- Ainsi aucun argument ne permet d'englober la tumeur de WHARTIN et les oncocytomes dans un même groupe.

III/ L'oncocytome est-il toujours une tumeur bénigne ?

Tous les auteurs s'accordent pour affirmer que l'oncocyte est une cellule dépourvue de potentiel malin et que l'oncocytome est une tumeur bénigne. Cependant, SCHOOLEMAN rappelle un certain nombre de faits troublants :

- L'oncocyte, comme la cellule cancéreuse, est un phénomène largement gériatrique.

- L'oncocyte, comme la cellule cancéreuse, a conservé la propriété de se multiplier mais semble avoir perdu toute fonction physiologique.

- Peut-être, écrit encore SCHOOLEMAN, existe-t-il entre ces deux cellules apparemment sans rapport un caractère commun consistant en une altération biochimique : une connaissance plus approfondie de l'une pourrait jeter une lumière accrue sur l'autre. De plus, il existe au moins un cas authentique d'oncocytome malin publié par BAUER A. & H., avec métastases au poumon, au foie, à la dure-mère et à la glande pituitaire. En voici le compte rendu histologique : "la

structure histologique des métastases était identique à celle de la tumeur parotidienne originelle. Il y avait de grandes cellules oxyphiles, des cellules oxyphiles plus petites, beaucoup d'aspects mitotiques, des zones de nécrose et un envahissement des canaux lymphatiques et sanguins par les cellules oxyphiles néoplasiques".

D'autre part, HAMPERL cite LANGHANS qui, en 1907, rapportait le cas d'une tumeur thyroïdienne à grandes cellules tumorales avec métastases hépatiques : "Il y avait, dit HAMPERL, une grande similitude entre les cellules de la métastase hépatique et les oncocytes trouvés dans les tumeurs bénignes des autres organes".

Ce cas est bien entendu plus discutable que celui de BAUER et BAUER.

Donc, à part un cas vraiment indiscutable, l'oncocytome se présente toujours comme une tumeur bénigne et il convient d'éliminer ici les cas où des oncocytes ont été décrits au cours de processus néoplasiques, mais à titre purement fortuit et ne participant pas au processus malin lui-même. Ainsi, BRUNER et WALL qui, les premiers, parlèrent d'oncocytes au niveau de la muqueuse nasale, les décrivirent lors d'un adéno-carcinome. Ainsi ACKERMAN, qui, décrivant un cas très rare de localisation primitive d'une maladie de Hodgkin au niveau du rhino-pharynx, décrit un "petit foyer oncocyttaire".

CONCLUSIONS

-:-

L'oncocytome est une tumeur survenant électivement chez les sujets âgés. Cette tumeur se développe à partir d'une cellule anormale: l'oncocyte. Celui-ci est lui-même issu d'une cellule épithéliale des acini ou des canaux excréteurs des glandes.

Sa fréquence dans l'organisme est d'autant plus élevée que le sujet est plus âgé.

La répartition des oncocytes est ubiquitaire, et, partant, l'oncocytome peut théoriquement se développer au niveau des glandes muqueuses de tous les organes. L'oncocytome des fosses nasales que nous avons décrit ne fait que souligner cette ubiquité.

Cette tumeur est extrêmement rare : nous avons vu qu'au niveau des glandes salivaires, où elle est le plus souvent rencontrée, seulement une trentaine de cas ont été relevés dans la littérature mondiale.

Elle n'en présente pas moins un grand intérêt au point de vue gériatrique, puisque l'on peut dire que l'oncocyte est une cellule représentative de la "phase vieillesse" et peut-être ... au point de vue cancérolo-

gique, car on assiste ici à la transformation d'une cellule épithéliale normale sécrétrice en une cellule qui a conservé ses facultés de multiplication, alors qu'elle semble avoir perdu toute activité physiologique.

--

Vu :
Le Président :
Signé : AUERY

Vu :
Le Doyen :
Signé : CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ACKERMAN

Two rare cases of naso-pharyngien lesions.
(Hodgkin and Oncocytoma).
The laryngoscope; mars 1961, p.329-341.

ACKERMAN L.W.

Oncocytoma of the parotid gland.
Arch. Path. 36 : 508, 1943.

ACKERMAN L.V.

Textbook of pathology, pp.430-431
C.V. Mosby Company St Louis 1959.

AHLBOM H.E.

Mucous and salivary gland tumors.
Clinical study - reference to radio-
therapy - 254 cases at Rad hemmet.
Stockolm. Acta radiol. 23: 453 1935.

ANDRE et GANDON

Tumeurs mixtes à localisation excep-
tionnelle. Deux nouveaux cas.
Annales O.R.L. 77/4-5 avril-mai 1960,
p.340.

APPAIX-BONNEAU

La cytologie des tumeurs des glandes
salivaires.
Presse Médicale : 67/17 25 mars 1959.

- BAUER W.H. & BAUER J.A.
Classification of glandular tumors of
the salivary glands. Study of 143 cases.
A.M.A. Arch. Path. 55:328, 1953.
- BOLEY J.O. & ROBINSON D.W.
Bilateral oxyphilic granular cells
adenoma of parotid. Report of a case.
A.M.A. Arch. Path. 58 : 564, 1954.
- BONIS Henri
Sur un cas d'oncocytome bronchique.
Thèse Bordeaux 1958, n°45.
- BOULOGNE R.F.
Les cystadénolymphomes de la parotide.
Etude anatomoclinique.
Thèse Bordeaux 1958, n°134.
- BRUNNER & WALL
Carcinomatosis of nasal mucous.
Ann. Otol. Rhino and Laryngo 49. 688,
1940.
- CHRISTOPHERSON W.M.
Oncocytoma of the parotid gland.
Arch. Path. 48 : 96 1949.
- CODINGTON J.B.
Oxyphilic granular cell adenoma of
the parotid gland.
Am. J. Surgeon 97:333, 1959.
- DUBREUIL & BAUDRIMONT
Manuel théorique et pratique d'histo-
logie.
- DUBLAY H.
Adénome de la glande sous-maxillaire.
Arch. Gen. de Med. 1:601, 1875.

FEROLDI & CABANNE

Adénome à cellules granuleuses oxyphiles de la parotide. Oncocytome et oncocyte.

Bull. Ass. Française pour l'étude du cancer 1955, t.42, 230-246.

FOOTE F.W. Jr. & FRAZELL E.L.

Tumors of major salivary glands.
Sec.4, Fasc.11 Armed forces Institute
of Pathology Washington D.C. 1954.

FOOTE F.W. Jr. & FRAZELL E.L.

Tumors of major salivary glands.
Cancer, 6: 1065, 1953.

GARINO

Présence d'oncocytes dans la paroi du
sac lacrymal.

Rev. Ital. otol. mars-avril 1952,
CXXV 140.

GEIST D.C.

Oxyphilic granular cell adenoma of the
parotid gland. Report of a case.
Am. Surgeon 24 : 735 1958.

GOODWIN J.T. & CALVIN S.H. Jr.

Adenoma of the parotid gland.
Arch. Path. 46 : 187, 1948.

GREENBERG S.D. & HALEY M.D.

Oncocytoma of the parotid gland.
Report of a case.
Am. J. Clin. Path. 27 : 321, 1957.

GRUENFELD G.E. & JORSTAD L.H.

Adenoma of the parotid gland : oncocyte tumor.
Am. J. Cancer, 26 : 571, 1936.

HAMPERL H.

Onkocyten und Geschwulste des Speicheldrüsen.

Arch. Path. Anat. 282 : 724, 1931.

HAMPERL H.

Über das Vorkommen von Onkocyten in verschiedenem organen und ihren geschwulsten.

Arch. Path. Anat. 298 : 327, 1936-1837.

HAMPERL H.

Onkocytes and the so called Hürthle cell tumor.

Arch. Path. 40 : 563, 1950.

HAMPERL H.

Über Argyrophile Zellen Wirch.

Arch. 1952, 321, 482.

HOLLENDER

Histopathology of nasal mucosa of older persons.

Arch. Otolaryngo. 40 : 92 aug. 1944.

JAFFER H.

Adenolymphoma (onkocytoma) of parotid gland.

Am. J. Cancer, 16 : 1415, 1932.

LAUMONIER & BIRABEN

A propos d'un oncocytome bronchique.
Soc. de Pneumo-phtisio. S.O. Pyr. 31
3, 1957.

LANE S.L.

Tumors of the major salivary glands.
Am. J. Surg. 98 : 904, 1959.

Mc FARLAND J.

Adenoma of salivary gland. Report of
a possible case.

Am. J.M. Sc. 174 : 362 1927.

Mc FARLAND J.

The histopathologic progress of salivary
gland mixed tumors.

Am. J.M. Sc. 203 : 502, 1942.

MEZA-CHAVEZ

Oxyphilic granular cell adenoma of the
parotid gland (oncocyoma). Report of
5 cases and study of oxyphilic granu-
lar cells (oncocytes) in normal paro-
tid glands.

Am. J. Path. 25 : 523, 1949.

PALMER

Oncocytome de la trachée : the laryn-
goscope.

juin 1943 L. 53 p. 377, 382.

POLLICARD & COLLET

Physiologie du tissu conjonctif normal
et pathologique.

Masson 1961.

SCHAFFER J.

Beitrag zur histologic menschlicher
organe.

Akad.d. Wissensch, Math, naturw Cl.

Wein 106 : 353 1897.

SCHAFFER E.L., GRUET M. & JACKSONA S.

Oncocytic cell adenoma of the parotid
gland.

Am. J. Surg. 91 : 272 1956.

SCHOOLEMAN

The oncocytes in nasalmucous membrane.
Arch. otolaryngo. 1950, 51, 223-236.

SKORPIL F.

Über das Spercheldrusenadenom.
Arch. Path. Anat. 306 : 714, 1940.

STOUT A.P.

Cellular origin of bronchial adenoma.
Arch. Path. 35 : 803, 1943.

STUMP D.T.

Onkocytic adenoma of the salivary glands.
Arch. Path. 48 : 287, 1949.

TERRACOL

Les maladies des fosses nasales.

ZIPPEL L.

Zur kenntis des onkocytem.
Arch. Path. Anat. 308 : 360, 1941.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

